Aus der K. Universitäts-Frauenklinik München.
(Direktor: Geheimer Hofrat Prof. Dr. Döderlein.)

JUN 22 1921

Pelveoperitonitische Abscesse durch Colpotomia posterior geheilt.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Elieser Kabzan
aus Koretz (Rußland).

München 1914
Buchdruckerei Max Leutner, Augustenstraße 53.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent:
Herr Geheimer Hofrat Prof. Dr. A. Döderlein.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154015_0209

Die Eröffnung der Bauchhöhle auf vaginalem Wege geschieht entweder vom vorderen Scheidengewölbe aus oder vom hinteren. Demnach unterscheiden wir: die Colpotomia (oder besser Colpocoeliotomia) anterior und posterior. Die ältere dieser Methoden — die Colp. post — ist zum erstenmal im Jahre 1857 von Atlee ausgeführt worden, später auch von Thomas (1870), Goordell, Davis u. a. Goordell hat sich mit einer gewissen Vorsicht gegenüber der Colp. post. geäußert und sagte, daß, wenn sich bei der Operation unüberwindliche Schwierigkeiten erweisen, man immer noch zur Laparotomie übergehen und auf diesem Wege die Operation beenden kann.

Dann vergehen wieder ca. 2 Dezennien, in welchen die Kolpotomie von den meisten Gynäkologen verlassen wurde (Aufblühen der Laparotomie!). Erst im Jahre 1892 wird sie von Lwoff (Kasan) auf grund seiner erfolgreichen Erfahrungen wieder warm empfohlen. Auch Reclus, Mangin und Hofmokl (Wien) haben zu dieser Zeit die Kolpotomie mit gutem Erfolg bei Eiter- und Blutergüssen im Becken angewendet.

Im Jahre 1894 veröffentlichte Dührssen in der Berliner Klin. Wochenschrift seine „Neue Methode", die Colpotomia anterior, und wies dann auf die Nachteile der Laparotomie im Vergleich mit der Kolpotomie hin:

1. Längere Dauer der Rekonvaleszenz und die sich wochen- oder monatelang hinziehende Arbeitsunfähigkeit der P.

2. Zurückbleiben einer Narbe und die Möglichkeit der Entstehung einer Bauchhernie.*)

3. Gefahr des Ileus, infolge von Darm- oder Netzverwachsungen.

In ähnlicher Weise sind die Vorteile des vaginalen Weges vor dem abdominalen auch von Löhlein, Landau, Olshausen, Teploff, Martin u. a. hervorgehoben worden.

Und nun, seit der Veröffentlichung Dührssens, stehen sich die beiden Kolpotomien gegenüber. Die eine wie die andere hat ihre Anhänger und ihre Gegner gefunden. Während Mackenrodt, Veit, Döderlein, Mainzer und Ott Anhänger der Colpotomia post. sind, geben Löhlein, Martin, Wertheim, Pichevin u. a. dem vorderen Scheidenschnitt den Vorzug.

Im Jahre 1896 schilderte Mackenrodt in seinem Vortrage „Über den hinteren Scheidenbauchschnitt" die Nachteile der vorderen Kolpotomie vor der hinteren: komplizierte Voroperation zwischen Uterus und Blase, größere Gefahr der Verletzungen und der Infektion, komplizierte Nachoperation bei der Wiederherstellung des normalen Situs, die ev. ausgeführte Drainage der großen Beckenbindegewebswunde kann zu Verunstaltung der Narbe und zu Lageveränderungen des Uterus führen usw.

Döderlein hat die Colpotomia posterior sowohl zu diagnostischen wie auch zu therapeutischen Zwecken vielmals ausgeführt (s. unten „Sarwey") und zwar mit sehr gutem Erfolg. Die Colp. ant. hat sich bei ihm viel

*) Kommt jetzt weniger in Betracht, da bei der Anwendung des Fascienquerschnittes (Pfannenstiel) deren Entstehung nur selten beobachtet wird.

weniger bewährt. Auf der 7. Versammlung der Gynäkologen zu Leipzig teilte Döderlein mit, daß er „in der Wahl zwischen der Colpotomia ant. und post. künftighin a priori dem Vorgehen durch das hintere Scheidengewölbe unbedingt den Vorzug geben“ wird. Für einen besonderen Nachteil der Colp. ant. hält Döderlein „das Blutsickern und die Blutansammlung im unteren Zellgewebe, das auch bei Drainage, wenn der Uterus nicht an die vordere Wand festgenäht wird, unvermeidlich ist“.

Nun darf man aber nicht vergessen, daß, obwohl der vaginale Weg — und besonders der hintere — viele unverkennbare Vorzüge vor dem abdominalen Weg hat, es doch Fälle genug gibt, bei denen die Colpotomia posterior nicht angewendet werden kann, so z. B. können sehr große solide Tumoren, Pyosalpingen oder Extrauteringraviditäten mit sehr ausgedehnten Verwachsungen nicht vaginal, sondern abdominal angegriffen werden; würde man versuchen, in solchen Fällen vaginal vorzugehen, so könnte man dadurch viel Unheil anrichten, welches den P. auch das Leben kosten kann. Daraufhin ist nämlich seinerzeit schon von Döderlein hingewiesen worden; er sagt: „.... die Colpotomia post. wird meines Erachtens gewiß unserem Operationsschatz dauernd einverleibt bleiben....“ . „Wer aber ungünstige Fälle dafür auswählt, wird unbefriedigende Erfahrungen machen.“

Mainzer meint, daß die Colpotomia post. besonders geeignet ist für retrouterine Eiteransammlungen, für alle cystischen Tumoren, die sich leicht in den Douglas einstellen lassen, und fieberhafte Adnexerkrankungen. Im Jahre 1904 demonstriert er einen Fall, der durch die Colp. post. behandelt wurde. Es handelte sich um ein 19jähriges Mädchen, das öfters pel-

veoperitonische Attacken hatte und monatelang erfolglos exspektativ behandelt wurde. P. kam mit hohem Fieber in die Klinik. Hinter dem Uterus war ein großer Tumor zu fühlen. Es wurde die Colp. post. gemacht, eine reichliche Menge von Eiter abgelassen und die bestandenen Verwachsungen gelöst. 10 Tage nach der Operation konnte das Mädchen geheilt aus der Klinik entlassen werden.

Scherbanescu empfiehlt Eiteransammlungen im Douglas durch Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes mit dem Thermokauter zu entleeren. „Die Operation ist eine leichte und konservative, man kann sie auch bei Fiebernden ausführen, und sie stellt für die Kranke, im Gegensatz zur Laparotomie, eine geringere Gefahr dar.“ Die Drainage (nach Mikulicz) empfiehlt er deshalb, weil dadurch die starken Blutungen vermieden werden. V. Ott berichtet über die günstigsten Resultate bei einer großen Anzahl (1010) von vaginalen Kolpotomien, die im Kaiserl. Institute für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Petersburg zu verschiedenen Zwecken ausgeführt wurden. Er meint, daß die direkte Beleuchtungsmethode (v. Ott) viel dazu beigetragen hat, solchen Erfolg zu erzielen. Während er bei den Laparotomien ca. 9 % Mortalität hatte, war diese bei den Kolpotomierten nur 1,48 %. Über ähnliche Resultate berichtet auch Markowsky.

In der 76. Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte zu Breslau teilte Baisch seine Erfahrungen über die Colpotomia posterior mit. Er empfiehlt die Operation bei circumskripter Pelveoperitonitis als therapeutisches Mittel und in zweifelhaften Fällen die Probekolpotomie als diagnostisches Mittel. Von den in Tübingen (Döderlein) bei circumskripter Peritonitis ausgeführten 17 Kolpotomien waren 16 von gu-

tem Erfolg; dagegen sind die Resultate der Kolpotomie bei allgemeiner Peritonitis schlechte. Ziegenspeck wendet die Colpot. ant. u. post. an, doch bevorzugt er die letztere, „weil alle Sekrete und Exkrete der Schwere folgend sich im Douglas sammeln."

Cleveland ist der Ansicht, daß die Beckenabszesse per laparotomiam angegriffen werden sollen; nur dann, wenn infolge sehr ausgedehnter Adhäsionen die Entfernung der Eitersäcke unmöglich ist, kann die Punktion und Drainage von der Scheide aus vorgenommen werden. MacLaren behandelte 11 Fälle von Beckenabszessen durch Eröffnung von der Scheide aus mit nachfolgender Drainage. Er hatte dabei keinen einzigen Todesfall. Die spätere Untersuchung der behandelten Frauen ergab, daß alle geheilt wurden, und in keinem Fall war eine Fistel zurückgeblieben.

Jung (Greifswald) berichtet über 122 Fälle von Beckeneiterungen, die von ihm durch Laparotomie behandelt wurden, und zwar mit einer sehr hohen Mortalität (18 %). Diese ungünstigen Resultate zwangen ihn wieder zur Kolpotomie zurückzukehren. Er hatte dann 21 Fälle auf diese Weise mit sehr guten Resultaten behandelt: alle Patientinnen wurden geheilt. Durch die Nachbehandlung mit heißer Luft wurde die Resorption der Exsudate bedeutend beschleunigt.

Andere Autoren wieder meinen, daß durch das Resorptionsverfahren allein schon viele Beckenabszesse zum Schwinden gebracht werden können. So berichtet Goedecke in der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden über die Heißlufttherapie bei Beckenexsudaten. Er hat sie in 40 Fällen angewendet und ist mit den Resultaten ganz zufrieden, behauptet aber, daß sie keinen besonderen Vorteil vor der Hydrotherapie bietet.

Hüttner gelang es in drei Fällen, die er durch die Kombination von Heißluft, elektrischen Bädern und Vollbädern behandelte, selbst sehr große Exsudate zum Schwinden zu bringen. Leopold ist mit Goedecke einverstanden, empfiehlt aber in schwereren Fällen operativ vorzugehen. Wagner-Hohenlobese ist der Meinung, daß für chronische, fieberlose Fälle die Heißluft- und Hydrotherapie sich besser eignet, als die chirurgische. Auch Burcar (Genf) will auf Grund seiner 20 jährigen Erfahrung die gynäkologische Massage bei Beckenexsudaten und plastischen Entzündungsprodukten angewendet haben. Er sagt, daß die ungünstigen therapeuthischen Rsultate, die zu verzeichnen sind, dadurch zu erklären sind, daß die M. in nicht regelrechter Weise ausgeführt wird. Dazu gehört vor allem eine genaue Diagnose des Beckeninfiltrates; besonders empfiehlt der Verfasser die Vibrationsmassage, die die Blutzirkulation befördert und auch antitoxische Wirkungen haben soll.

Körte weist auf die Vorzüge des vaginalen Weges vor dem abdominalen hin (beim letzteren Gefahr der Hernienentstehung, der Überschwemmung der Bauchhöhle mit Eiter etc.) und rät, die Beckenabszesse von der Scheide aus zu incidieren oder zu punktieren. Zur Laparotomie soll man nur dann greifen, wenn das vaginale Verfahren versagt hat.

Auch Landau (L.) hält bei „solitären Abszessen" den Versuch einer Scheidenincision zu therapeutischen Zwecken und auch die Probepunktion zu diagnostischen Zwecken für gerechtfertigt; er meint aber, daß man durch die alleinige Incision nicht immer zum Ziele kommt und hat infolgedessen in vielen Fällen die Laparotomie versucht, die aber auch ihre Nachteile hat, und deshalb wählt er, besonders für P. mit multilen Eiteransammlungen im Becken, die erweiterte Péansche

Methode*): die Hysteroophoro-salpingectomia vaginalis (= vag. Radikaloperation) mit Kombination der Klammermethode.

In seinem Artikel „Die vaginalen Wege in die Peritonealhöhle" spricht Wertheim über die Vorzüge der vorderen Kolpotomie vor der hinteren, gibt jedoch am Schluß zu, daß trotz der Vorteile die Colp. ant. keineswegs prinzipiell vorzuziehen ist: „Auch der hintere Scheidenschnitt hat seine wohlberechtigten Indikationen. Für die Entleerung von in der Peritonealhöhle befindlichen Flüssigkeiten (Eiter, Blut, Ascites, Inhalt geborsteter Cysten), sowohl zu diagnostischen als auch zu therapeutischen Zwecken — kommt selbstverständlich der hintere Schnitt in Betracht, da der Douglassche Raum den tiefsten Punkt in der Peritonealhöhle bildet." ... „Desgleichen ist es selbstverständlich, daß man eine retrouterine Haematocele oder einen retouterinen Eitersack auf diesem Wege entleert."

Auch Martin, der im allgemeinen ein Anhänger des vorderen Scheidenschnittes ist, hält die Colpotomia post. für manche Fälle indiciert und namentlich bei Sactosalpinx purulenta, Ovarialabszessen, perimetritischen Abszessen, eitrig-eingeschmolzenen Haematocelen, die „die Excavatio retro-uterina ausfüllen, das hintere Scheidengewölbe herabdrängen und den Operateur geradezu zwingen, von hier aus die Entleerung und die Drainage herbeizuführen". Cukor und Herczel empfeh-

*) Péan, nachher Ségond, Richelot u. a. französische Gynäkologen haben die sogen. „Castration utérine" (Hysterectomia vaginalis) bei Beckeneiterungen ausgeführt. Sie bestand darin, daß nur der Uterus exstirpiert wurde, wobei die Eiteransammlungen breit geöffnet wurden und ausheilten. Diese Methode, die den gesunden (!) Uterus entfernte, wurde von vielen Gynäkologen angegriffen und hat, wie Döderlein sagt, „in Deutschland vernünftigerweise niemals Fuß fassen können".

len bei Douglasabszessen die einfache Punktion von unten; sie erzielten dadurch eine Heilung der Abszesse, ersterer in 85,5 %, letzterer in 92½ % der behandelten Fälle. Peterson und Byford haben Beckenabszesse per Rectum entleert. Dagegen tritt Ries heraus und sagt, daß die rectale Incision gänzlich zu verwerfen ist, da die Erfahrung gelehrt hat, daß Eiterungen, die ins Rectum durchbrechen, nur selten heilen. Richard meint wieder, daß die alleinige Incision der Beckenabszesse doch nicht genügt, um Heilung herbeizuführen, und meist muß in solchen Fällen die Radikaloperation ausgeführt werden. Dagegen glaubt Adenot, daß die vaginale Punktion bei Abszessen im Becken, die sich nahe der Vagina befinden, völlig genügend sei.

Veit empfiehlt bei der Behandlung der umschriebenen Peritonitis nur dann die Incision des Douglasschen Raumes vorzunehmen, „wenn das Allgemeinbefinden der P. durch Fieber sehr bedroht ist oder wenn Einklemmungserscheinungen sich einstellen und wenn bei vorhandener Fluktuation die Verkleinerung des Exsudates ausbleibt". Dabei warnt er vor irgendwelchen Verletzungen des Darmes, einer ev. vorhandenen Pyosalpinx etc., die für die Frau sehr unangenehme Folgen nach sich ziehen können.

Sänger will die Punktion 1. zu diagnostischen Zwecken, 2. zu therapeutischen Zwecken anwenden. Im letzteren Falle nur für abgekapselte, veraltete und sterile Beckeneiterungen. Die Incision empfiehlt er bei extraperitonealen Beckeneiterungen wie bei intraperitonealen. Die extraperitonealen Eiterungen, besonders die abscedierenden pelveo-phlegmonösen (parametritischen) Exsudate, sind von der Scheide her zu öffnen, dabei muß die Ureterverletzung sorgfältigst vermieden werden; dagegen müssen die größeren Exsudate, die in

das Hypogastrium hinaufreichen, von der Bauchwand incidiert werden. Bei den intraperitonealen Eiteransammlungen soll die Incision, meist vom hinteren Scheidengewölbe her, als „einfache Kolpo-Köliotomie" ausgeführt werden (zuerst mit dem Thermokauter das retrocervicale Bindegewebe durchtrennen, nachher stumpfe Eröffnung des Eiterherdes mittels der Konzange). Auch Emrich empfiehlt auf Grund des Materials aus der II. Münchener Gynäk. Klinik (Amann) bei Eiteransammlungen im Douglas oder bei parametritischen Abszessen, die nahe der hinteren Scheidewand liegen, die Colp. posterior auszuführen.

Noble (Philadelphia) hat früher die Beckeneiterungen, die im Puerperium entstanden sind, oft per laparotomiam angegriffen, ist aber zu der Überzeugung gekommen, daß dadurch erst den Bakterien die Möglichkeit gegeben wird, sich in das Peritoneum auszubreiten, infolgedessen geht er jetzt gegen solche Eiteransammlunngen „konservativ-operativ" vor, d. h. durch Scheidenincision und Drainage. Auch bei parametritischen Eiterungen und sogar bei schon bestehender Peritonitis soll man zuerst die vaginale Incision machen, da, falls dadurch keine Heilung eintritt, „eine sekundäre Köliotomie bessere Aussichten hat, als wenn sie zuerst ausgeführt wird". Porache berichtet über 6 Fälle von Beckeneiterungen (Perimetritis, Beckenphlegmonen), die er mit ausgezeichnetem Erfolg durch die Colpotomia posterior behandelt hat. Nach 5 Tagen konnten die Patientinnen schon aufstehen und nach 14 Tagen entlassen werden. Porache geht sogar in seinen Ausführungen so weit, daß er alle anderen Operationen bei Beckeneiterungen als „Exzesse" bezeichnet. Auch Mauclaire hat bei lokalisierter Pelveoperitonitis oft die Kolpotomie mit gutem Erfolg anwenden können. Bog-

danovici hat viele Kolpotomien ausgeführt und ist der Ansicht, daß „die Operationsmethode relativ leicht ausführbar ist und in einer sehr großen Anzahl von Fällen gute Erfolge gibt". Als Indikation für die Colpotomia posterior führt er an: parametritische Abszesse, dem hinteren Scheidengewölbe adhäsive Pyosalpingen, Ovarialabszesse und Pelveoperitonitiden.

Sarwey berichtet über 60 Kolpotomien, die in der Tübinger Klinik (Döderlein) ausgeführt wurden. „Wegen ihrer vielfachen Vorteile wurde die Colp. post. grundsätzlich vorgezogen." Sie wurde 51mal ausgeführt, und zwar zu verschiedenen Zwecken, darunter auch 10 Pelveoperitonitiden. Jacobs (Brüssel) will die extraperitonealen wie auch die intraperitonealen Eiterungen auf vaginalem Wege angreifen (Colp. ant., post., ev. lateralis) und namentlich mit dem Thermokauter, damit keine neue Infektion stattfinde. Die Laparotomie reserviert er nur für die Ausnahmefälle. Purcar wieder gibt an, daß er in 20 Fällen von Beckenexsudaten die Vibrationsmassage mit Erfolg angewendet hat. Kirstein hat in der Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen 4 Fälle von Beckenexsudaten mit Injektionen physiol. Kochsalzlösung behandelt und konnte dadurch die Resorption hervorrufen. Da aber das Material ziemlich mangelhaft ist, meint der Verfasser, daß diese Behandlungsmethode nur ein therapeutischer Versuch ist und empfiehlt sie an größerem Material nachzuprüfen.

Fritsch und Runge empfehlen bei den parametritischen und perimetritischen Exsudaten vor allem die konservative Therapie zu versuchen: Bei Fieber Eisblase auf den Leib, Prießnitz-Umschläge, dann die allg. Behandlung, insbesondere Regelung der Diät, Bäder; lokal: Scheidenirrigationen, Tamponade der

Scheide mit verschiedenen Medikamenten etc. Wenn dadurch kein Erfolg erzielt wird, soll man die Abszesse, meist vom hinteren Scheidengewölbe, eröffnen. Fraenkel (Breslau) meint, daß die vaginale Incision und Drainage nicht nur zur Eröffnung von Eiterherden und Phlegmonen im Becken geeignet sei, sondern auch zur Beschleunigung der Resorption bei entzündlichen Schwellungen der Parametrien und Adnexe. Der Eingriff ist nach der Meinung des Verfassers sehr leicht, blutlos und erscheint als der beste Heilfaktor in der Resorptionstherapie.

Auch Hofmeier empfiehlt bei der eitrigen infektiösen Pelveoperitonitis, die zur Bildung von Beckenabszeß geführt hat und intermitt. Fieber erzeugt, die Eiteransammlung durch das hintere Scheidengewölbe mittels Incision (nur der Scheidenwand!) und nachfolgender Punktion mit der Troikartkanüle zu entleeren.

Wie aus den angeführten Meinungen der Gynäkologen zu ersehen ist, hat die Colpotomia posterior vielen von ihnen vorzügliche Dienste bei der Behandlung der Beckenexsudate geleistet. Manche wieder wollen auch die konservative Therapie (Heißlufttherapie, Injektionen etc.) als genügend ansehen, denen ich mich nicht anschließen kann, weil:

1. sie in sehr vielen Fällen versagt; sind doch in der Literatur Fälle genug bekannt, wo Kranke wochen- oder monatelang mit allen möglichen Resorptionsmitteln behandelt wurden und doch ohne Erfolg, während oft nur ein kleiner chirurgischer Eingriff genügte, um die P. endlich von ihren Beschwerden zu befreien,

2. durch die konservative Behandlung sind die Patientinnen lange Zeit arbeitsunfähig;

3. durch die im Körper längere Zeit bestehende Eiteransammlung können auch die Nachbarorgane ge-

schädigt werden, und es kann zu Perforation in die Blase, Darm, Rectum etc. oder manchmal auch zu einer allgemeinen Peritonitis kommen.

Das letzte Moment ist meines Erachtens nach besonders zu berücksichtigen, denn, wie wir wissen, entsteht eine große Zahl der pelveoperitonitischen Exsudate durch septische Infektion bei Geburten, bei Ausräumung nach Aborten etc., die manchmal ernste peritonitische Erscheinungen machen und, wenn nicht rechtzeitig eingeschritten wird, die lokale Pelveoperitonitis in eine allgemeine übergehen kann,*) gegen welche heutzutage unsere Therapie noch kaum zu kämpfen im stande ist.

Von anderer Seite wurde die alleinige Punktion der Abszesse als genügend auch im therapeutischen Sinne vorgeschlagen. Diese hat aber auch gewisse Nachteile: Obwohl die lufthaltigen Därme meist auf der Oberfläche des Exsudats schwimmen, ist doch nicht immer die Möglichkeit auszuschließen, daß, infolge der etwa vorhandenen Adhäsionen, der Darm doch irgend wo im unteren Douglas befestigt ist, und dann kann durch die ev. tiefer eingestoßene Nadel eine Verletzung des Darmes oder der A. uterina herbeigeführt werden, während der Thermokauter niemals in die Tiefe eindringt und immer unter der Kontrolle des Auges steht. Außerdem ist zu bemerken, daß durch die alleinige Punktion die Abflußöffnung der Punktionsnadel nicht immer genügt, um dem Eiter einen gründlichen Abfluß zu verschaffen, was selbstverständlich bei der breiten Eröffnung mit dem Thermokauter und nachfolgender Drainage am besten erreicht wird.

*) Es sind sogar in der Literatur Fälle festgestellt worden (Döderlein u. a.), daß auch der relativ „gutartige" Gonokokkus eine allgemeine Peritonitis erzeugt hatte.

Als einen weiteren Vorzug des Thermokauters gegenüber der Incision — möchte ich folgendes erwähnen: Durch die Verschorfung der Gefäße werden stärkere Blutungen vermieden, so daß einerseits der Blutverlust der P. ein unbedeutender ist, andererseits bleibt das Operationsfeld für den Operateur gut übersichtlich. Schließlich ist noch hinzuzufügen, daß die Gefahr der Verschleppung der Keime von außen in die Bauchhöhle durch den Thermokauter gar nicht zu befürchten ist, da dieses Vorgehen im Sinne der Anti- und Asepsis geradezu als ideal zu bezeichnen ist!

Was nun die Technik der Colpocöliotomia posterior bei der Entleerung von Beckenexsudaten betrifft, so ist sie etwa folgende: Nach gründlicher Desinfektion der Vulva und ihrer Umgebung wird die Scheide durch die Simonsche Specula freigelegt, und nun wird mittels einer Krallenzange die Portio gefaßt und nach oben gegen die Symphyse zugezogen, dadurch rückt das hintere Scheidengewölbe nach vorne und wird stark gespannt. Dann wird mit dem Thermokauter die Scheidenwand und das Peritoneum durchtrennt, damit ist die Bauchhöhle (Douglas) in ihrem tiefsten Punkt eröffnet. Der Eiter, der der Schwerkraft folgend im Douglas sich ansammelt, fließt durch die entstandene Öffnung ab, die nötigenfalls durch Klammern auseinandergezogen wird oder auch mit dem Brenner erweitert werden kann. Zum Schluß wird die Drainage in Form eines T-Drains mit Jodoformgaze ausgeführt, die nach der Meinung Döderleins für Eiterableitung und Blutstillung sich besonders eignet.

Ich möchte nun einige Fälle aus der Münchener Frauenklinik folgen lassen, die deutlich genug zeigen, welchen Einfluß die Anwendung dieses einfachen operativen Eingriffes auf den Krankheitszustand der Pa-

tientinnen ausgeübt hat. Während fast alle mit quälenden Schmerzen im Unterleib, Fieber, Schlaflosigkeit etc. in die Klinik hereingekommen sind, sehen wir, daß nach der Ausführung der Colpotomia posterior bei den Kranken das Fieber sinkt und alle Krankheitserscheinungen schwinden, so daß die meisten schon nach ca. 14 Tagen aus der Klinik als geheilt entlassen werden konnten. Nebenbei sei hier auch auf die große diagnostische Bedeutung der hinteren Kolpotomie in der Gynäkologie hingewiesen. In den Fällen, wo die Verhältnisse nicht ganz klar sind, z. B. bei Verdacht auf Perinitis oder in zweifelhaften Fällen bei Pelveoperitonitis post abortum, Tubenruptur etc. kann man zur Klärung der Diagnose wohl die Colpotomia post. fast ohne jede Gefahr für die P. ausführen. Auch zu diesen Zwecken ist die Kolpotomie öfters in der Münchener Klinik ausgeführt worden (Fall 8 als Beispiel). Döderlein, Krönig, Baisch u. a. sind mit der Probekolpotomie sehr zufrieden, während Amann behauptet, daß man auch mit der Probepunktion gut auskommen kann. Dagegen bemerkte Döderlein, daß „man durch die Colpot. post. in viel besserer Weise mit den Augen sowohl wie auch mit dem Finger sich über die Verhältnisse orientieren kann, als etwa mit der Probepunktion".

Fall 1. Frl. B., 23 Jahre alt.

Aufnahme: Am 20. II. 08.
Diagnose: Abscessus pelvis.
Beschwerden: Seit 4. Januar 08. Schmerzen im Leib, die anfallsweise wiederkehren.
Seit ca. einem Jahre weißer Fluß, der von Dezember 07 sich wesentlich gesteigert hat.
Menses: 1. mit 14 J., regelmäßig, alle 4 Wochen, stark, ab und zu gehen Coagula ab.

Befund: Vagina mittelweit; Uterus: Portio in der Interspinalinie, Muttermund oval, geschlossen, Corpus ut. nicht deutlich abzugrenzen; vom hinteren Scheidengewölbe aus fühlt man einen großen, parallelastischen Tumor von unregelmäßiger Oberfläche. Nach oben reicht der T. bis 2 Querfinger unter den Nabel, nach links überragt er die Mittellinie auch am Of. Der Tumor ist mit der rechten Beckenwand unverlötet; Ovarien wegen des Tumors nicht zu fühlen.

Temperatur: 37,4°—38,6°.

22. II. Colpotomia posterior.

Narkose. Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes mit dem Messer.*) Aus dem Abszeß entleert sich ca. 1 Liter stinkenden, grünlichen Eiters. Einlegung eines T-Drains.

23. II. Temp. morgens 38°, nachmittags 37,5°. Keine Schmerzen im Leib.

24. II. Temp. 37°. Keinerlei Klagen. Wohlbefinden.

25. II. Temp. 36,8°. Erstes Aufstehen.

3. III. Temp. normal, Befinden gut. Geheilt entlassen.

Fall 2. Frau Sch. W., 34 J.

Aufnahme: Am 7. VI. 09.

Diagnose: Abscessus Douglasii, Pelveoperitonitis puerperalis.

P. hat drei normale Geburten mitgemacht; letzte G. am 16. V. 09.

Beschwerden: Am 5. Tage nach der Geburt ist P. aufgestanden, dann stellte sich Fieber und Schüttelfrost

*) Sonst wird die Eröffnung in der Regel mit dem Thermokauter vorgenommen.

ein. Sie klagt auch über Schmerzen im Leib und Blutungen, die seit der Entbindung andauernd bestehen.

Menses: Mit 16 J., alle 4 Wochen, dauert 7 bis 8 Tage, stark.

Befund: Hinter dem Uterus, im Douglas ist eine kindskopfgroße, weiche Resistenz fühlbar, die aber wegen Empfindlichkeit und Spannung der Bauchdecken nicht abzutasten ist.

7. VI. Öfters Erbrechen, hohes Fieber, Puls beschleunigt, Abdomen etwas aufgetrieben, druckempfindlich.

8. VI. Colpotomia posterior.

Aus dem abgekapselten Abszeß entleert sich sehr viel Eiter. Wegen Blutung Tamponade.

9. VI. Von dem steril aufgefangenen Eiter wachsen auf allen Nährböden Streptokokken. Allgemeinbefinden besser.

10. VI. Temperatur 37,5°. Puls kräftig, nicht sehr frequent. Leib nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich.

12. VI. Temp. abgefallen. T-Drain entfernt.

14. VI. Temp. normal. Allgemeinbefinden gut.

22. VI. Geheilt entlassen.

Fall 3. Frau H. M., 37 J. alt.

Aufnahme: Am 12. I. 10.

Diagnose: Exsudat im Douglas.

Beschwerden: Schmerzen im Leib, Fieber.

Menses: 1. P. mit 16 J., regelmäßig alle 4 Wochen; letzte P. Anfang März 09.

Befund: Im hinteren Scheidengewölbe fühlt man einen s. druckempfindlichen Tumor (Exsudat im Douglas); er ist auch vom Rectum fühlbar. Uterus verlagert. Temp. 39°.

15. I. Colpotomia posterior.
27. I. Temp. 36,8°. Geheilt entlassen.

Fall 4. Frau W. B., 57 J.

Aufnahme: Am 14. VII. 10.
Diagnose: Tuberk. Peritonitis?
Menses: Mit 14 J., 3—4 Tage dauernd, mäßig stark, regelmäßig, letzte mit 48 J.

Beschwerden: Beim Stehen Schmerzen im Unterleib, besonders in der rechten Seite und im Kreuz. Seit 8 Tagen bestehen Diarrhöen. Temperaturu 38°.

15. VII. Colpotomia posterior. Temperatur sinkt etwas.
17. VII. Kein Fieber. Stuhl, Urin spontan.
18. VII. Kein Fieber. Wohlbefinden.
30. VIII. 10. Geheilt entlassen.

Fall 5. Frau M. H., 31 J. II para.

Aufnahme: Am 22. IX. 11, mit der Sanitäts-Kolonne eingeliefert.
Diagnose: Infiltrat im Douglas.
Beschwerden: Schmerzen im Leib, geringer Ausfluß.
Menses: Mit 16 J., regelmäßig 5 Tage, mittelstark, letzte P. am 15. VII.

Am 13. VIII. ausgeblieben; am 28. VIII. setzte die Blutung während der Arbeit ein. P. suchte einen Arzt auf, der die Ausräumung des Abortes vornahm.

Befund: Infiltrat im Douglas. Temperatur 38,5°, Puls 60.

24. IX. Es besteht geringer Ausfluß. Schlaf gut, Appetit besser. Temp. 38°, Puls 120. Die vorgeschlagene Operation wird von der P. abgelehnt.

29. IX. Keine Schmerzen. Schlaf gut. Temp. 38°, Puls 110.

30. IX. Schmerzen im Leib, Schlaf gestört. Temp. 38,2°. Puls 105. Nach langer Überlegung läßt sich P. operieren.

2. X. Colpotomia posterior mit dem Thermokauter. Es entleerten sich reichliche Blutcoagula, die gut abgekapselt waren. Ursache: Perforation des Uterus während der Ausräumung des Abortus.

9. X. Temp. normal, Puls 80. Patientin geheilt entlassen.

Fall 6. Frau G. E., 33 J.

Aufnahme: Am 15. I. 11.

Diagnose: Pyosalpinx (Pelveoperitonitis).

Beschwerden: Sehr starke Leibschmerzen, Hitze. Am 15. Januar bekam die P. auf einmal starke Leibschmerzen, Temperatur 40°, Diarrhoen.

Menses: Mit 15 J. 1. Regel, Dauer 8 Tage, unregelmäßig.

Befund: Abdomen etwas aufgetrieben, keine abnorme Resistenz; links unten auf Druck schmerzhaft. Fieber 39°.

20. I. Colpotomia posterior mittels Thermokauter. Es entleert sich ca. $^1/_2$ Liter übelriechender, eitrig-seröser Flüssigkeit. Gummi-Drainage.

21. I. Harn mit Katheter.

22. I. Stuhl, Harn spontan.

31. I. P. tritt gebessert aus der Klinik, um sich später die Pyosalpinx entfernen zu lassen.

Fall 7. Frau O. B., 27 J.

Aufnahme: Am 13. XI. 11.

Diagnose: Verdacht auf Peritonitis.

Menses: Erste mit 14 J., regelmäßig, letzte am 26. I. 11.

Partus: 2mal, letzte Geburt vor 4 Wochen.

Beschwerden: In der 5. Nacht nach der letzten Entbindung Schmerzen im Leib. Von einer Hebamme behandelt worden. Dann 3 Wochen beschwerdefrei. Vor 2 Tagen wieder plötzliche Schmerzen im Leib. Der Arzt wies die P., die sehr hoch fieberte, in die Klinik. Lochialsekret hat sehr übel gerochen. Temp. 41°.

13. XI. Colpotomia posterior. Es wird mit dem Brenner das hintere Scheidengewölbe durchtrennt und die Bauchhöle eröffnet. Aus dem entleerten Eiter wachsen auf der Kultur Streptokokken.

14. XI. Befinden zufriedenstellend. Stuhl, Harn spontan.

24. XI. Befinden andauernd gut, geringe Anämie.

3. XII. Pat. steht zeitweise auf, fühlt sich gut.

10. XII. Geheilt entlassen.

Fall 8. Frl. Ph. G., 20 J.

Aufnahme: Am 26. V. 13.

Diagnose: Abort.

Menses: 1. Periode mit 14 J., ziemlich stark, regelmäßig. Dauer 8 Tage, letzte P. am 6. April.

Beschwerden: Schmerzen im Unterleib. Temp. 39°.

27. V. Colpotomia posterior. Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes mit dem Thermokauter. Das Abdomen erweist sich als vollkommen gesund. Es kann kein Eiter und kein Blut nachgewiesen werden. Schluß der Scheidenwunde.

Fall 9. Frau S. A., 40 J.

Aufnahme: Am 4. VI. 13.

Diagnose: Abszeß im Douglas.

Menses: Meist regelmäßig, mittelstark; das letztemal mit Krämpfen verbunden.

Beschwerden: Blähungen, Schmerzen im Kreuz, rechts und links vom Nabel. Temperatur 38,5°.

5. IV. 13. Colpotomia posterior. Aus der eröffneten Abzeßhöhle kommt $^1/_4$ Liter Eiter zum Vorschein. Spülung, Einlegen eines Drains.

6. IV. Befinden gut. Temperatur 37°.

8. IV. Spülung, Einlegen eines T-Drains.

9. IV. Ohne Klagen.

Dann bekommt die P. wieder Fieber, es wird nochmal drainiert. Nach neuerlicher Entleerung von Eiter Temperaturabfall (36,3°); subjektives Wohlbefinden.

Fall 10. Frau W. B., 42 J. alt.

Aufnahme: 10. IX. 13.

Diagnose: Retrouteriner Abszeß.

Anamnese: 4 Abgänge, dann 8 normale Geburten. Letzte Geburt im April 1913.

Beschwerden: Seit 3 Wochen Mattigkeit, Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwäche, gelbgrüner Ausfluß aus der Scheide seit dem letzten Wochenbett.

Menses: Früher regelmäßig, vor 4 J. sehr stark. Seit der Geburt im April keine Blutungen mehr.

Befund: Bauchdecken straff, bei kombinierter Untersuchung in Narkose zeigt sich oberhalb der Symphyse eine kindskopfgroße, pralle Resistenz, etwas links von der Medianlinie.

Vagina mittelweit, die hintere Scheidenwand ist stark vorgewölbt.

Uterus läßt sich vom Tumor schlecht abgrenzen, zeigt sich stark anteflektiert und gegen die Symphyse zu gepreßt.

Temp. 39,5°, Puls 100.

16. IX. Colpotomia posterior mit dem Brenner. Bei Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes entleert sich reichlich übelriechender gelblicher Eiter. Einlegen eines T-Drains.

17. IX. Temp. 37°. Puls 84.

12. X. Temp. 36,2°. Puls 72.

13. X. Patientin geheilt entlassen.

Fall 11. Frl. Sch. R., 32 J.

Aufnahme: Am 21. X. 13, durch die Sanitätskolonne eingeliefert.

Diagnose: Sept. Abort, Abscessus Douglasii.

Anamnese: P. gibt an, daß sie vor vier Wochen eine Frucht geboren habe, die der Zeit nach dem 3. bis 4. Schwangerschaftsmonat entsprochen habe. Die Nachgeburt sei zurückgeblieben. Der wegen Blutung zugezogene Arzt behandelte sie medikamentös. Da die Temperatur immer höher stieg, wurde sie in die Klinik eingewiesen.

Befund: Scheide mäßig weit; die Portio steht in die Höhe der Beckenenge, direkt hinter der Symphyse. Der Cervixkanal ist so weit geöffnet, daß man leicht in den Uterus eindringen kann; darin finden sich weiche, bröckelige Massen; der Fundus uteri ist nicht abzutasten wegen eines sich ziemlich prall anfüllenden Tumors, der den ganzen Douglas ausfüllt und hinter dem Uterus bis etwa 2 Querfinger unterhalb des Nabels hinaufreicht.

Temperatur 39°.

Es werden zunächst die bröckeligen Massen entfernt, sie ergeben sich als eine stark in Fäulnis übergegangene, hühnereigroße Placenta.

22. X. Colpotomia posterior.

Lebenslauf.

Zu Koretz (Rußland-Wolhynien) am 25. Juni 1888 geboren, habe ich im Jahre 1909 das Zeugnis der Reife am Suworoff-Kadettenkorps zu Warschau und 1 Jahr später das Ergänzungszeugnis der lateinischen Sprache daselbst im Prager Gymnasium erworben.

Die ersten 2 Semester meines Universitätsstudiums brachte ich in Halle a. S. zu, die letzten 8 ununterbrochen in München.